

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

733

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

WERQUIN, Marcus George

Né le 7 Juin 1914 à Wetherby (Angleterre).

— 102 —

DE LA
FERMETURE IMMÉDIATE
DE LA PAROI DANS LES
APPENDICECTOMIES
D'URGENCE.



Professeur : M. HENRI MONDOR

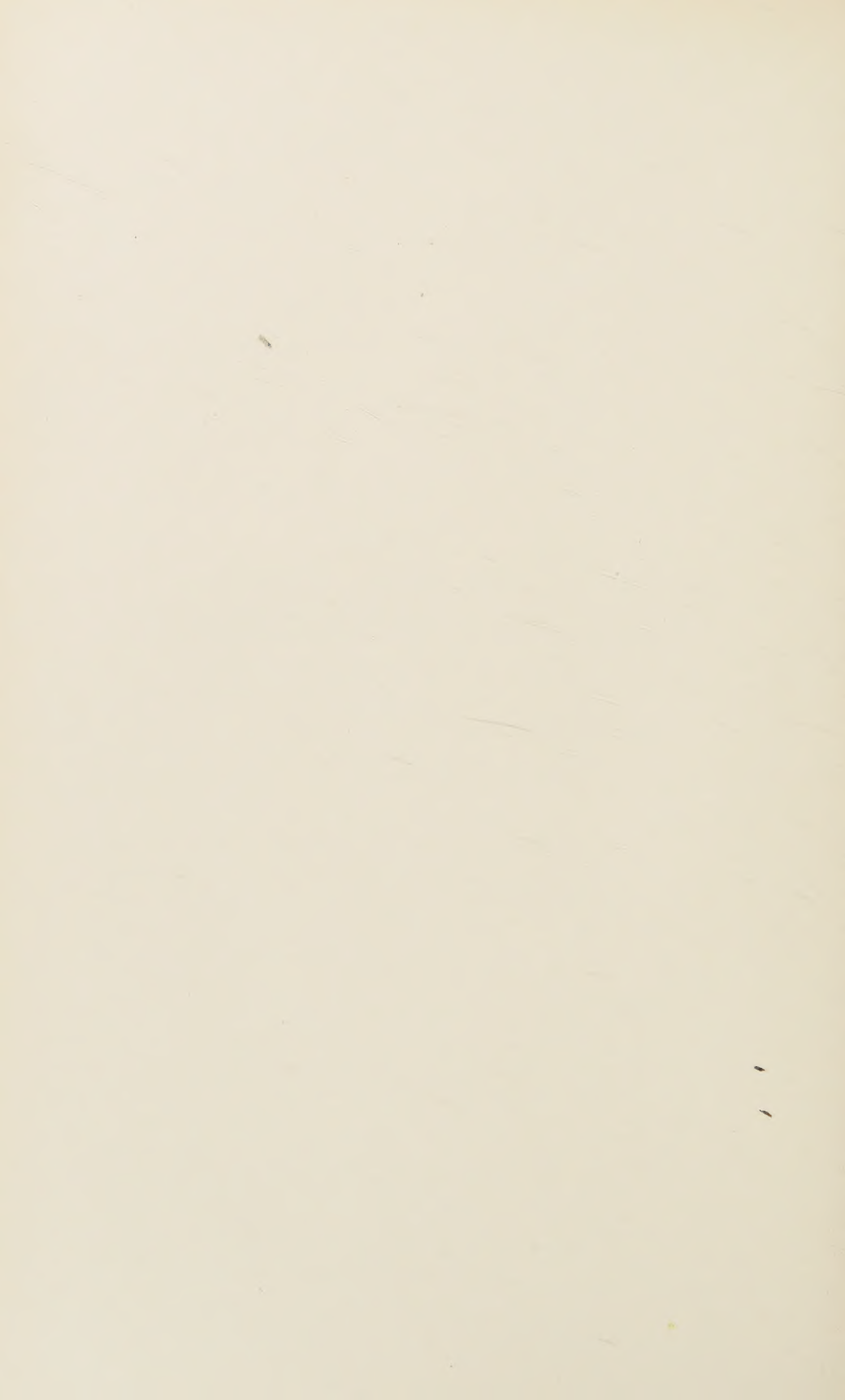
Imp. «La Médicale», 22, Rue du Dr. Potain, Paris (19^e)

LE DOYEN TIFFENEAU.

1. PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle méd. ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales...	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales	
et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Cl. des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIÈRE.
Cl. chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.

DE LA
FERMETURE IMMÉDIATE
DE LA PAROI DANS LES
APPENDICECTOMIES
D'URGENCE.



A MA MÈRE

*Aucune mère n'aurait pu faire plus
pour son fils.*

A MON PÈRE

Il m'a appris à prendre mes responsabilités.

A MA FEMME

*Compagne des bons et des mauvais jours :
jamais je ne l'ai mieux compris.*

A LA MEMOIRE DU D^r E. WELCH

*Une des plus belles figures de médecin
que je connaisse.*

A TOUS LES MIENS

Des deux côtés du Détroit.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Professeur HENRI MONDOR
Professeur de Pathologie Chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris

*qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.
En témoignage de notre profond respect et
de notre gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

STAGES ET FONCTIONS D'EXTERNE

Monsieur le Professeur F. LEJARS (In Memoriam)

Monsieur le Professeur P. BROcq (1932-1933).

Monsieur le Professeur-Agrégé E. DESMAREST

Monsieur le Docteur M. THALHEIMER (1933)

Monsieur le Professeur P. CARNOT (1933-1934)

Monsieur le Professeur B. CUNEO

Monsieur le Professeur-Agrégé J. SENEQUE (1934)

Monsieur le Docteur J. BERGER (1934)

Monsieur le Docteur M.E.CHIFOLIAU (1934)

Monsieur le Docteur L. GERNEZ (In Memoriam)

Monsieur le Professeur-Agrégé P. MOULONGUET-
DOLERIS (1935)

Monsieur le Professeur-Agrégé J. CATHALA (1935)

Monsieur le Professeur P. NOBECOURT (1936)

Monsieur le Professeur A. COUVELAIRE (1936-1937)

Monsieur le Professeur A. LEMIERRE

Monsieur le Docteur R. MARQUEZY (1937)

Monsieur le Professeur H. GOUGEROT (1937)

Monsieur le Professeur G. GUILLAIN (1937)

Monsieur le Professeur H. CLAUDE

Monsieur le Professeur-Agrégé J. LEVY-VALENSI
(1937-1938)

Monsieur le Professeur F. LEMAITRE (1938)

Monsieur le Professeur F. TERRIEN (1938)

Monsieur le Professeur G. MARION

Monsieur le Professeur-Agrégé B. FEY (1938).

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL DE ST.-GERMAIN-EN-LAYE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. P. LAMARE
Chirurgien de l'Hôpital de St. Germain-en-Laye
Membre Associé de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

*qui fut l'inspirateur de cette thèse et à qui
nous sommes profondément reconnaissant
de l'accueil qu'il nous a réservé dans son
Service et de toutes les possibilités de tra-
vail qu'il a ouvertes devant nous.*

MONSIEUR LE DOCTEUR M. LARGET
Chirurgien de l'Hôpital de St.-Germain-en-Laye
Membre Associé de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

*qui nous a toujours témoigné la plus grande
bienveillance et nous a fait bénéficier de son
enseignement précieux.*

A Monsieur le Docteur J. COURTOIS
Accoucheur de l'Hôpital de St. Germain-en-Laye
Membre de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie
de Paris
*auprès de qui l'Obstétrique devient
un sujet infiniment intéressant.*

A MESSIEURS LES MÉDECINS
DE L'HOPITAL DE ST.-GERMAIN-EN-LAYE

Monsieur le Docteur BONNEMAISON
Monsieur le Docteur BERTRAND
Monsieur le Docteur BRUEL
Monsieur le Docteur LAMY
Monsieur le Docteur TIMSIT

*Nous avons puisé dans leurs Services
de grandes richesses.*

A MESSIEURS LES SPÉCIALISTES DE
L'HOPITAL DE ST. GERMAIN-EN-LAYE

Messieurs les Docteurs CHABAUD et WILBERT
Oto-Rhino-Laringologiste

Monsieur le Docteur WALLON
Radiumthérapeute

Monsieur le Professeur RENARD
Professeur Agrégé d'Ophtalmologie à la Faculté de
Médecine de Paris

Monsieur le Docteur CHRISTOPHE
Neurologue - Assistant de l'Hospice de Salpêtrière

Monsieur le Docteur MAX - LEVY
Gastro-Entérologue

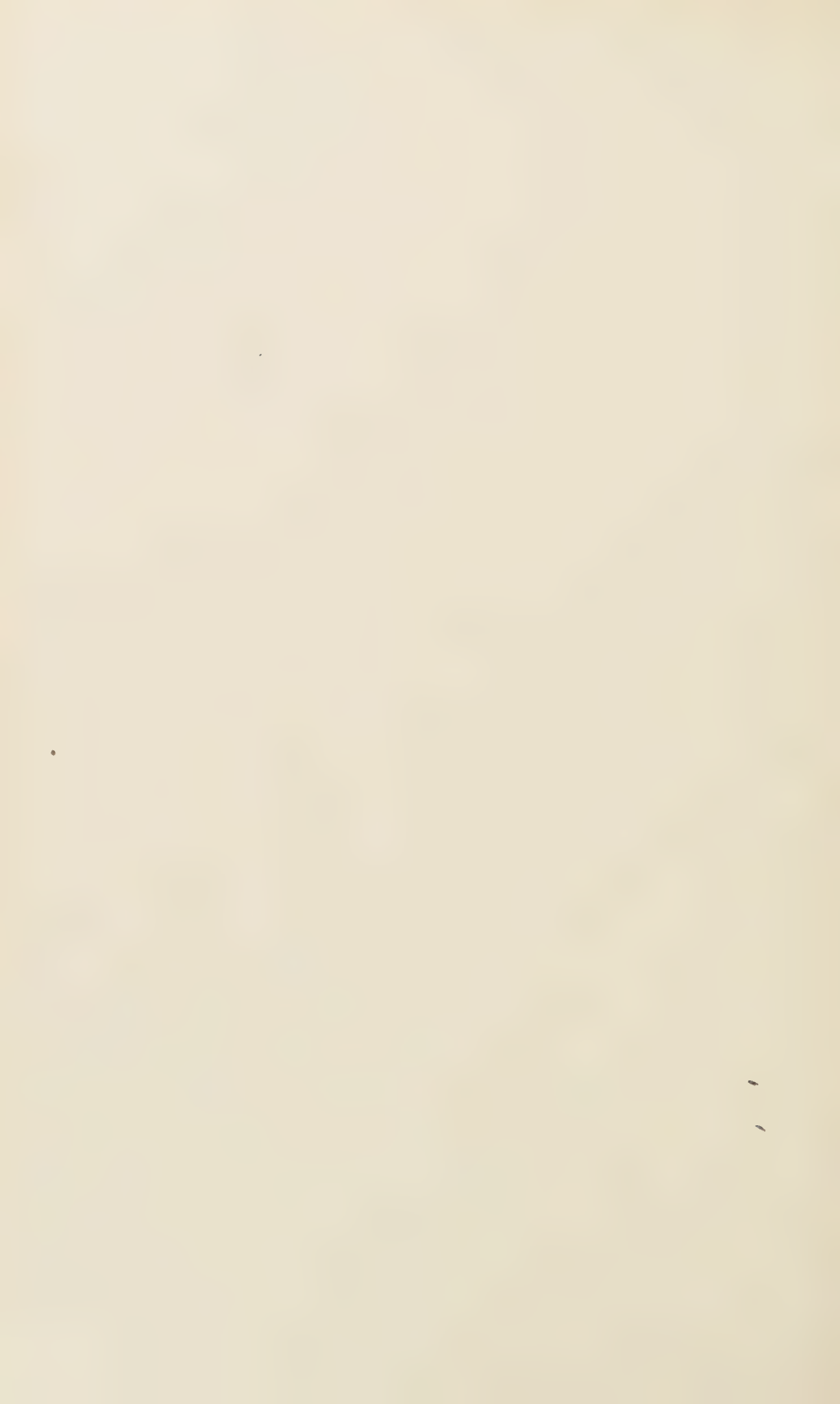
Monsieur le Docteur G. HUC
Chirurgien Orthopédiste de l'Hôpital Saint-Joseph et de
l'Hôpital de St. Germain-en-Laye

Monsieur Raoul LECOQ
Chef du Laboratoire de l'Hôpital de St. Germain-en-Laye

Monsieur C. CONTREMOULINS
Chef du Laboratoire de Métroradiographie de l'Hôpital
de St. Germain-en-Laye

Madame V. BECKER
Assistante du Laboratoire de Métroradiographie de
l'Hôpital de St. Germain-en-Laye

A MES CAMARADES D'ETUDES
ET D'INTERNAT



INTRODUCTION

*« Che non men che saper dubbiar m'aggrada » :
Aussi bien que savoir, douter a son mérite.*

DANTE.

A un moment donné de toute appendicectomie, une question se pose : faut-il fermer ou laisser ouvert ?

Evidemment, cette question ne se pose pas avec une bien grande acuité dans de nombreux cas : appendicite chronique, syndrome lentement constitué où l'intervention se fait à date et à l'heure fixes, prévues d'avance comme le sont souvent les lésions que l'on découvre. Mais elle peut devenir un véritable dilemme dans d'autres cas : ceux où l'on est appelé d'urgence auprès d'un malade en crise aiguë, soit que celle-ci vienne de débiter brutalement, soit que, déjà en évolution, elle n'ait pas cédé à la thérapeutique du médecin ni aux exhortations de toute une famille qui voulait éloigner l'ombre du chirurgien.

C'est uniquement de ces cas que nous allons nous occuper ici, et encore réduirons-nous davantage notre champ d'études en supposant résolu le problème de l'indication opératoire, problème sur lequel tout le monde est d'accord mais qui reste souvent si délicat.

Nous résumerons très rapidement notre technique opératoire pour aborder d'emblée le stade critique de l'intervention où la décision s'impose : fermeture totale, mèche ou drain ?

C'est sur l'état d'esprit du chirurgien à ce stade que nous nous arrêterons quelque temps. Ici encore, quand un flot de pus jaillit d'un abcès appendiculaire, que l'appen-

ture secondaire.

C'est pourquoi, en étudiant la fermeture immédiate de la paroi dans les appendicectomies d'urgence, nous insisterons uniquement sur les cas où cette fermeture est rendue possible grâce à l'appoint qu'apportent à l'exérèse chirurgicale les moyens biologiques, la vaccinothérapie en particulier.

Pour bien individualiser ces cas limites, dans le traitement desquels nous avons des possibilités nouvelles, nous envisagerons successivement :

1- Le procédé de vaccinothérapie employé, la composition du bouillon vaccin, et du lysavaccin,

2- Ses indications et les modalités de son emploi; les notions pronostiques que nous fournit le laboratoire dans les heures qui suivent l'intervention,

3- Quelques observations permettant de confronter surtout nos comptes-rendus opératoires avec les suites et les délais de guérison.

4-Nous verrons enfin quelles conclusions nous pouvons tirer de cette étude.

I.

A. LE BOUILLON VACCIN

Nous n'avons pas l'intention d'étudier en détail les différents vaccins préconisés, leur mode de préparation, et les résultats obtenus, cela nous éloignerait trop des considérations purement chirurgicales qui nous préoccupent.

D'ailleurs de nombreux travaux existent sur la question, entre autres les travaux de nos Maîtres (Biothérapie chirurgicale anti-infectieuse, Lamare et Larget), la thèse de notre collègue Marc Hinard.

Nous nous contenterons de signaler que le bouillon-vaccin dont nous nous servons a été mis au point d'après la formule des Docteurs Larget-Moreau-Lamare et correspond à des autolysats et lysats pyocyaniques de :

Colibacilles et variétés	30
Protéus vulgaris	25
Entérocoques	15
Streptocoques	15
Staphylocoques	7,5
Pneumocoques	7,5 parties

par centimètre cube de lysa bouillon.

Ce bouillon-vaccin nous a toujours donné les résultats les plus constamment satisfaisants, ce qui n'implique pas que d'autres formules soient moins heureuses.

B. LE LYSAVACCIN

Le lysavaccin est destiné à la vaccination générale par injection intramusculaire et contient lui des corps microbiens :

Bacilles coli et paracoli	1.400 millions
Protéus vulgaris	1.200
Entérocoques	500
Streptocoques hemolytiques	300
Streptocoques non hemolytiques	200
Staphylocoques	300
Perfringens	100
Pyocyaniques	1.000

soit 5 milliards par centimètre cube.

Ces deux vaccins ont l'avantage de contenir du bactérium coli et, par suite d'être *spécifiques*.

II.

INDICATIONS ET MODALITÉS D'EMPLOI

Nous résumerons très rapidement notre technique d'appendicectomie, qui est classique et ne présente rien de spécial :

- Incision de Mac Burney
- Incision de l'Aponévrose,
- Muscles: nous préférons l'incision franche des fibres à leur dissociation, car il nous semble qu'un muscle coupé se cicatrise mieux qu'un muscle contus et dilacéré.
- Ouverture du péritoine et découverte de l'appendice,
- Ligature et section du méso,
- Double ligature à la base de l'appendice, et section au thermocautère.

Voilà esquissée une technique des plus courantes,

nous insistons sur un seul point: nous n'enfouissons jamais, estimant que, dans les cas francs c'est superflu et plus long, dans les cas douteux cela équivaut à *enfermer le loup dans la bergerie* et peut donner un sphacèle du caecum, sans compter que le moignon est soustrait à la réaction favorable du péritoine, bien plus intense que la réaction entérique, et à l'appoint qu'apporte notre bouillon-vaccin.

Tout en conduisant notre intervention selon ces données, nous faisons au fur et à mesure le bilan des lésions macroscopiques qui constituent autant d'indications à la vaccinothérapie :

- Un peu de strosité,
- Quelques fausses membranes,
- Un début de sphacèle

De telles lésions permettent encore la fermeture immédiate primitive de la paroi, mais seulement en y associant une vaccinothérapie intense.

Nous allons maintenant voir les modalités de cette vaccinothérapie :

— Le traitement local consiste surtout en application de compresses imbibées de bouillon-vaccin au contact du moignon, pendant quelques instants; Parfois, nous versons une cupule de bouillon-vaccin sur le caecum et dans la cavité péritonéale.

— Le traitement général consiste en une vaccination avec le lysavaccin injecté dans les muscles de la face externe de l'acuisse.

1/2, 3/4 ou 1 centimètre cube, suivant l'âge et l'état général, dès la fin de l'intervention, *alors que le malade est encore sous anesthésie* (nous insistons sur cette injection sous anesthésie, car nous avons remarqué l'absence de réaction générale et la plus grande activité du vaccin lorsque cette précaution a été observée).

Cette vaccination générale peut être complétée, s'il est nécessaire et suivant les indications de la courbe thermique, par une, ou même deux, nouvelles injections espacées de 48 heures.

Il va de soi que même dans les appendicites graves, où d'emblée la nécessité de laisser ouvert s'impose, nous avons recours au même effet adjuvant de la vaccinothérapie :

- Mèche imbibée de bouillon-vaccin laissée au contact du moignon appendiculaire.
- Drain dans cul-de-sac de Douglas avec aspiration et lavage au bouillon-vaccin,
- Vaccination générale par voie intra-musculaire.

Enfin nous ne manquons jamais, au cours de toute appendicectomie, de faire, chaque fois que l'occasion se présente, avec une pipette, les prélèvements nécessaires de liquide péritonéal, réactionnel, et de pus appendiculaire.

La réponse du laboratoire, dans les heures qui suivent l'intervention, revêt pour nous une grande signification pronostique :

— l'absence de colibacilles dans le liquide péritonéal constitue évidemment un préjugé favorable,

— La présence dans le pus appendiculaire seulement, et non dans le liquide péritonéal, ne nous a pas paru assombrir le pronostic,

— mais la présence du *Bactérium coli* dans le liquide de la cavité péritonale s'est parfois avérée fâcheuse, et c'est uniquement dans ces cas que les espoirs que nous caressions en fermant la paroi ont été déçus.

Enfin, l'examen extemporané d'une lame de pus péritonéal au cours de l'intervention nous a conseillé de laisser ouvert lorsque nous avons trouvé du colibacille.

III. OBSERVATIONS

Voyons maintenant quelques faits concrets extraits de nos observations: nous avons relevé dans le cahier des comptes-rendus opératoires du Service du Docteur J.P.Lamare, exclusivement les appendicectomies d'urgence pratiquées par nous même personnellement pendant un trimestre, nous avons donc éliminé

- les appendicites chroniques,
- les autres interventions par voie abdominale où nous avons employé le bouillon vaccin suivant les mêmes modalités et avec des avantages voisins.

A propos de chacune de ces appendicectomies d'urgence, nous n'envisagerons pas:

- l'histoire de la maladie,
- l'examen clinique,
- l'indication opératoire,
- les soins pré- et post-opératoires auxquels nos malades sont soumis systématiquement,

Mais nous donnerons notre compte-rendu opératoire, un bref résumé des suites opératoires et le délai de guérison :

OBS. I : P... Marie, 14 ans 1/2, Salle Mortemart opérée le 1er Décembre 1938.

C.R. Ablation sans incidents d'un appendice très long, entièrement congestionné, présentant un renflement à sa partie moyenne qui contient du pus et des matières fécales : Bouillon-vaccin au contact du moignon; fermeture en 3 plans sans drainage.

Suites: Guérison. Sortie le neuvième jour.

OBS. II.— T... Eugène, 36 ans, Salle Armagis opéré le 1er Décembre 1938

C. R. : Présence de sérosité claire dans l'abdomen ; il est impossible d'extérioriser le caecum qui adhère fortement au péritoine pariétal postérieur. L'exploration révèle une grosse masse appendiculaire rétro-caecale incluse dans une gangue inflammatoire. Les tentatives d'extériorisation rompent un absès appendiculaire. Ablation rétro-caecale d'un appendice très friable, turgescant, de la grosseur du médius. Mise en place de mèches au Bouillon-vaccin dans la cavité abcédée. Fermeture partielle du péritoine socs-jacent, un point sur le muscle, un point en X sur l'aponévrose.

Suites : Guérison locale le vingtième jocr. Une complication pulmonaire retarde la sortie jusqu'au trentième jour. Le malade est revu au mois de Juin pour des douleurs abdominales.

OBS. III.— M... Eliane, 18 ans, Salle Mortemart opérée le 12 Décembre 1938.

C. R. Ablation sans incident d'un appendice long, congestif, contenant des matières fécales.

Suites: Guérison. Sortie le neuvième jour.

OBS. IV.— C... Anne Marie, 16 ans, Salle Mortemart, opérée le Décembre 1938.

C. R. Ablation sans incident d'un appendice long, turgescant, coudé et rempli de matières fécales.

Suites : Guérison, sortie le huitième jour.

OBS. V.— H... Robert, 30 ans, Salle Armagis opéré le 30 Décembre 1938.

C. R. Incision de Mac Burney. On découvre de nombreuses adhérences du péritoine pariétal au caecum. Libération d'un appendice congestif et long Appendicectomie. Bouillon-vaccin au

contact.

Suites: guérison. Sortie le neuvième jour.

OBS. VI.— B... Jeannine, 14 ans 1/2, Salle Charité, opérée le 5 Janvier 1939.

C. R. : Ablation sans incident d'un appendice gros, violacé, contenant des matières fécales et des calculs stercoraux. Fermeture en 3 plans.

Injection de 3/4 de cc. lysa-vaccin.

Suites: guérison le neuvième jour.

OBS. VII.— J... Rose, 33 ans, Salle Mortemart opérée le 7 Janvier 1939.

C. R. : Ablation sans incident d'un appendice enflammé, dont la muqueuse est épaissie et qui contient des matières fécales.

suites: guérison. Sortie le dixième jour.

OBS. VIII.— G... Anne Marie, 30 ans, Salle Mortemart, opérée le 18 Janvier 1939.

C. R. : Dès l'ouverture, on découvre de nombreux gâteaux épiploïques épaissis. Nombreuses adhérences des anses grèles entre elles, et du caecum au péritoine pariétal. On extériorise avec difficulté un caecum congestif et présentant des fausses membranes blanches. L'appendice est découvert dans la région la plus profonde, à la limite du petit bassin; il est congestif et adhérent. Bouillon-vaccin sur le moignon.

Fermeture totale en 3 plans.

L'appendice, en battant de cloche, contient des matières à son extrémité.

Suites : Vaccination abdominale, guérison, sortie le onzième jour.

OBS. IX.— P... Etienne, 28 ans, Salle Armagis, opéré le 21 Janvier 1939.

C. R. : Ablation sans incident d'un appendice long, gros, rouge et congestif.

Suites : guérison. Sortie le sixième jour.

OBS. X.— B.. Suzanne, 17 ans 1/2, Salle Mortémart, opérée le 25 Janvier 1939.

C. R. : Ablation sans incident d'un appendice portant des lésion inflammatoires nettes.

Suites: 1 cc. de vaccin abdominal.
guérison. Sortie le neuvième jour.

OBS. XI.— L... Angèle, 5 ans, Salle Charité, opérée le 26 Janvier 1939.

C. R. : Ablation sans incident d'un appendice long et congestif.

Suites: Vaccination abdominale de 1/2 cc.
guérison. Sortie le huitième jour.

OBS. XII.— D... Jeaninne, 16 ans, Salle Mortemart, opérée le 3 Janvier 1939.

C. R. : Ablation sans incident d'un appendice dont la moitié proximale, sous-séreuse, est sculptée au bistouri. L'appendice contient un calcul stercoral à son extrémité.

Suites: guérison. Sortie le dixième jour.

OBS. XIII.— G... Huguette, 13 ans, Salle Charité, opérée le 3 Janvier 1939.

C. R. : Ablation sans incident d'un appendice portant des lésions inflammatoires nettes.

Suites: Vaccination de 3/4 de cc.
guérison, sortie le dixième jour.

OBS. XIV.— D... Christiane, 7 ans, Salle Charité, opérée le 21 Février 1939.

C. R. : Ablation sans incident d'un appendice recouvert de fausses membranes et baignant dans du pus. Bouillon-vaccin au contact. L'explora-

tion du Douglas ramène un peu de pus; mise en place d'un gros drain dans le Douglas avec lavage au Bouillon-vaccin. Paroi en 3 plans.

Suites: 2 vaccinations abdominales de 1/2 et 1 cc. Ablation de drain le troisième jour, ablation de la mèche le quatrième jour. Guérison le dixième jour.

OBS. XV.— R... Simone, 17 ans, Salle Mortemart, opérée le 24 Février 1939.

C. R. : Ablation sans incident d'un appendice très long, blafard mais très vascularisé, contenant des matières fécales et du pus.

Suites: 1 cc. vaccin abdominal.

Guérison, sortie le neuvième jour.

OBS. XVI.— C... René, Salle Armagis, opéré le 25 Février 1939.

C. R. : A l'ouverture du péritoine, on trouve un peu de pus que l'on prélève à la pipette. L'appendice est très gros, en battant de cloche, très congestionné et couvert de fausses membranes. Ablation, mèche au Bouillon-vaccin au contact du moignon appendiculaire. L'appendice contient du pus, la muqueuse, sphacélée par endroits, présente de nombreux épaississements.

Suites: 1 cc. vaccin abdominal.

Examen du pus : cultures nulles.

Guérison rapide. Quelques signes pulmonaires retardent la sortie jusqu'au seizième jour.

OBS. XVII.— A... Lucienne, 25 ans, Salle Mortemart, opérée le 28 Février 1939.

C. R. : Ablation sans incident d'un appendice très long (environ 13 cm.) dont l'extrémité distale renferme une sérosité ocre et présente un piqueté

hemorragique. A l'ouverture du péritoine, adhérences de l'épiploon à l'appendice qu'il recouvre, sérosité. Application de Bouillon-vaccin.

Suites: Guérison, sortie le onzième jour.

OBS. XVIII. — B... Michel, 4 ans, Salle Charité, opéré le 5 Mars 1939.

C. R. : A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un peu de sérosité. L'appendice est long et très vascularisé. Ablation sans incident, Bouillon-vaccin dans l'abdomen. Fermeture en 3 plans.

Suites: Le malade, qui avait présenté un bon état général avant l'intervention, avait été endormi au Balsoforme, il supporta très bien l'opération et passa une bonne nuit, mais le lendemain, la température se mit à monter sans qu'aucun signe clinique général ou local puisse expliquer cette hyperthermie. Malgré une thérapeutique des plus actives et des soins de tous les instants la mort survient le lendemain de l'intervention au milieu d'un syndrome pâleur-hyperthermie, la température atteignant progressivement 42° 5 au moment de la mort.

Au cours de cette brève évolution, l'état local est toujours resté excellent.

IV.

INTERPRETATION

Nous avons donné nos observations dans l'ordre chronologique de notre cahier de comptes-rendu, nous allons maintenant essayer de grouper ces observations d'après leurs points communs :

- d'abord les cas où nous n'avons pas eu recours à la vaccinothérapie :

Obs. : III, IV, VII, IX, XII, dont les délais de guérison sont respectivement :

9, 8, 10, 6 et 10 jours.

- ensuite les cas où nous avons jugé nécessaire l'usage de bouillon vaccin *local* :

Obs. : I, II, V, XVII, XVIII,
guérison: 9 j., 20 j., 9 j., 11 j.,
mort *ou général*:

Obs. VI, X, XI, XIII, XV,
guérison: 9 j., 9 j., 8 j., 10 j., 9 j.,
ou les deux:

Obs. : VIII, XIV, XVI,
guérison: 11 j., 10 j., 16 j.

Nous avons cité deux cas drainés ou méchés à titre de comparaison.

Nous voyons ainsi que, malgré la fermeture fréquente de la paroi dans des cas douteux, nous n'avons pas eu d'accidents (le décès du malade XVIII en pâleur-hyperthermie est sans rapport avec l'état local), que nos délais de guérison sont à peine plus longs et que nous évitons bien des fistules stercorales et des parois éventrées.

CONCLUSIONS

Avant de schématiser, sous forme de directives opératoires, les résultats auxquels cette brève étude nous a conduit, il nous faut évidemment faire bien des restrictions et avouer bien des échecs.

Ce n'est pas parce que nous avons pu fermer des appendicites qu'auparavant nous aurions laissées ouvertes, que nous ne sommes plus jamais en proie au doute. Les cas limites subsistent toujours, ils sont seulement reportés un peu plus près de l'infection généralisée.

Mais, compte tenu de ces réserves, nous pouvons tout de même conclure que :

1°.- Une fois l'indication posée, et l'intervention commencée, la décision de fermer ou de laisser ouvert dépendra uniquement des lésions trouvées :

2°.- entre l'appendicite gangrenée, perforée, abcédée, et l'appendicite banale subaigüe, il y a place pour une infinie variété de cas qu'il faut savoir reconnaître, et qui sont justiciables de la vaccinothérapie par le bouillon-vaccin et pour le vaccin général, associée à l'exérèse, ce sont les cas où :

- quelques gouttes de sérosité à l'ouverture du péritoine traduisent sa réaction ;
- un début de sphacèle, quelques fausses membranes font penser qu'en quelques heures se serait constituée le tableau grave de la péritonite appendiculaire.

La vaccinothérapie revêtira des aspects variables :

- bouillon-vaccin dans la cavité péritonéale ;
- application locale de bouillon-vaccin par mèche sur le moignon appendiculaire ;

- vaccination générale sous anesthésie.

3°.- grâce à l'appoint de la vaccinothérapie, il est possible, dans bien des cas, de fermer immédiatement et complètement la paroi et d'obtenir une guérison dans des délais assez courts et assez proches de ceux de l'appendicite chronique, pour que le malade qui quitte l'hôpital guéri, ait à peine conscience d'avoir pressenti une appendicite grave, qui, en d'autres temps, aurait pu le retenir au lit pendant de longues semaines.

4°.- enfin, nous rappellerons les résultats si intéressants que peut nous fournir le laboratoire, dans les heures qui suivent l'intervention, et qui ont une grosse valeur pronostique :

Si les prélèvements effectués au cours de l'intervention ne révèlent pas de colibacilles dans les pus péritonéaux et appendiculaires, le pronostic est bon,

Si le colibacille est présent dans le pus appendiculaire, mais non dans le pus péritonéal, le pronostic reste encore bon.

Mais si le colibacille existe dans le pus péritonéal, alors le pronostic est moins bon et l'on sera souvent amené à une ré-ouverture secondaire de la paroi à moins qu'un examen extemporané n'ait permis de laisser ouvert d'emblée.

BIBLIOGRAPHIE

- AIRD — Appendicite aigüe - Etude de 400 cas consécutifs traités par l'opération immédiate (*The Lancet*, 16 Juillet 1938).
- CHOLIER (A) — A propos de l'appendicectomie à chaud. (*Mémoires de l'Acad. de Chirurgie*, T. 62, n° 29, Séance du 18 Nov. 1938).
- CHEVALIER (G) — Au sujet de l'article du Docteur Sassoon d'Alexandrie' intitulé «A propos de l'appendicectomie à chaud et le traitement médical de l'appendicite» paru dans le n° 12 de l'Essor Médical, Avril 38 (*L'Essor Méd.*, n° 4, Août 1938, p. 3).
- DELAGENIERE (Y) — MEYER (M) et PAPIN (A) — Etude d'une série intégrale de 621 cas d'appendicites aigües opérées à chaud selon le principe toujours et tout de suite, valeur de ce principe pour l'abaissement de la moralié opératoire (*Mém. de l'Acad. de Chirurgie*, n° 30, Séance du 25 Nov. 1936).
- HRISTU (C) — Vaccinothérapie et suppression du drainage (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec.*, 25 : 43-44, Janvier 1936).
- HRISTU (C) — Un nouvel emploi systématique post-opératoire du vaccin Delbet (*Mém. de l'Acad. de Chir.*, 62 : 1159-1162, 21 Octobre 1936).
- HRISTU (C) et JOANITESCU (G) — Delbet's vaccine in therapy of appendicitis (*Romania med.* 14 : 4-5 1er Janvier 1936).
- LAMARE (J. P.) et LARGET (M) — Biothérapie chirurgicale anti-infectieuse (*Arnette édit.*, Paris, 1934).

MONDOR (H) — Diagnostics d'urgences.

MULLEDER — Appendicite et fermeture immédiate de la paroi (Wiener mediz. Wochens, An. 87, no° 3-4, 16 et 23 Janvier 1937, pp. 67 et 98).

NUTTAL — Opération immédiate dans l'appendicite aigüe, nouvelle note sur 66 cas consécutifs (The British Medical Journal, 30 Nov. 1935, no° 1045).

SABADINI (L) — Sur l'allure clinique anormalement bénigne de certaines appendicites aigües à lésions anatomiques graves et sur l'absolue nécessité de l'appendicectomie rapide à chaud (Algérie Médicale. no° 110, Fév. 1937).

SOUPAULT (R) — A propos des appendicectomies à chaud (Mém. de l'Acad. de Chir., Séance du 4 Nov. 1936, in no° 28, T. 62).

Permis d'imprimer:

Le Doyen

TIFFENEAU

Le Recteur

ROUSSY

A. Roussy A. Montan

IMP. « LA MÉDICALE »
22, RUE DU D^r POTAIN
PARIS - XIX^e.

CLOVIS VINCENT.
N...

HAZARD.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
SANNIÉ.
VERNE.

MM.

MM.

MM.

MM.

LARDENNOIS *Pathologie chirurgicale.*
LE LORIER . . *Obstétrique.*
NEVEU-LEMAIRE *Parasitologie.*
SCHWARTZ *Pathologie chirurgicale.*
VAUDESCAL . . *Obstétrique.*

IV. - AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.....	Clinique médicale.	BASSET.....	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ.....		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER.....	
DONZELOT.....		MOURE.....	
DUVOIR.....		QUENU.....	
LIAN.....		VELTER.....	
PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.....			
SÉZARY.....			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER.....	

V. - CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.